

Querido paciente,

Nuestros registros indican que fue visto por un proveedor de El Centro Wright para la Salud Comunitaria y que

# SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_  
Ultimo Primero Medio Fecha de nombramiento : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: (celular) \_\_\_\_\_ (hogar) \_\_\_\_\_

Número de miembros del hogar que viven en la dirección anterior \_\_\_\_\_

Miembros de la familia / hogar : el número de personas que viven en el hogar, que conviven, contribuyen mutuamente a los gastos

Manutención de niños	\$ _____
Militar	\$ _____
Beneficios de VA	\$ _____
Pensiones / Anualidades	\$ _____
Ingresos por dividendos o intereses	\$ _____
Ingresos de alquiler	\$ _____
Total	\$ _____

**SE REQUIERE PRUEBA DE INGRESOS PARA CADA MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR.**

Ejemplos de comprobantes de ingresos aceptables son:

- W-2, 2 comprobante de pagos actual
- Declaración de impuestos actual
- Carta de adjudicación de desempleo, seguro social, discapacidad, indemnización laboral
-